Nota van toelichting

Algemeen

1. Inleiding en samenvatting

Zorgpakket Zvw 2017

Met dit besluit is het op grond van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) vastgestelde Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) met ingang van 1 januari 2017 gewijzigd in verband met aanpassingen in de te verzekeren prestaties Zvw (het basispakket).
Het Bzv wordt gewijzigd vanwege:

1. het aanpassen van de voorwaarden voor fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen);
2. het aanpassen van de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat op plastische chirurgie, voor zover het gaat het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie;
3. het regelen dat verzekerden tot hun drieëntwintigste levensjaar recht hebben op een (uitgestelde) fronttandvervanging;
4. een wijziging in bijzondere tandheelkunde, zodat daaronder enkel het recht op implantaten valt;
5. het verruimen van de mogelijkheden om het eigen risico niet van toepassing te laten zijn op door de verzekeraar aangewezen zorg, namelijk in het geval van aangewezen dieetpreparaten en gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte programma's.

Voorhangprocedure

Ter uitvoering van de voorhangprocedure die is opgenomen in artikel 124 van de Zvw is het ontwerpbesluit op **PM** 2016 aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd.[1] In het AO Pakketmaatregelen van 16 juni 2016 **PM** ...

2. Wijzigingen in het basispakket

2.1. Fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen)

Bij het Algemeen Overleg Pakketmaatregelen op 18 juni 2015 heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer aandacht gevraagd voor het onnodig gebruik van zware vormen van zorg dat mogelijk zou worden bevorderd door de inhoud van het basispakket. In dit verband werd als voorbeeld genoemd de fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen), waarvan de eerste twintig behandelingen voor verzekerden van achttien jaar en ouder niet in het basispakket zijn opgenomen. Dit zou ongewenst tot medisch-specialistische zorg -in dit geval vaatchirurgie- kunnen leiden. In reactie hierop heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de Minister) geantwoord dat met het oog op het bevorderen van substitutie en van gepast gebruik volgens het principe van stepped care, bezien moet worden of lichtere zorgvormen onderdeel van het basispakket moeten zijn. In dat licht heeft de Minister het Zorginstituut (hierna: ZIN) verzocht om een advies over de eerste behandelingen fysiotherapie bij claudicatio intermittens op te stellen. Het rapport dat het

[1] Kamerstukken II, **PM**.

ZIN heeft uitgebracht is op 22 maart jl. aan uw Kamer gezonden (Kamerstukken II 2015/16, 29 689, nr. 693). Het ZIN concludeert in dit advies dat gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in fase 2 Fontaine (claudicatio intermittens) effectief is en voor die indicatie in de meeste gevallen de voorkeur verdient boven invasieve behandeling in de vorm van vaatchirurgie. Een effectieve therapie bestaat uit negenentwintig tot zesenveertig behandelingen (gemiddeld zevenendertig) verspreid over een periode van een jaar. De behandeling van claudicatio intermittens fase 2 met gesuperviseerde oefentherapie verdient volgens het ZIN in de meeste gevallen de voorkeur verdient boven vaatchirurgie. Omdat oefentherapie bij deze indicatie vanaf de eerste behandeling met ingang van 1 januari 2017 als Zvw-aanspraak wordt geregeld, zullen zorgverzekeraars actief met het veld in overleg moeten gaan zodat de behandeling met vaatchirurgie niet zomaar meer wordt vergoed. Bij de inkoop van zorg zal hier door zorgverzekeraars in overleg met aanbieders dus ook rekening mee moeten worden gehouden.

Gezien deze uitkomsten is de aanspraak oefentherapie bij claudicatio intermittens bij perifeer arterieel vaatlijden stadium 2 Fontaine (claudicatio intermittens) gewijzigd zodat voor verzekerden van achttien jaar en ouder met ingang van 1 januari 2017 bij deze indicatie aanspraak bestaat op zevenendertig behandelingen gesuperviseerde oefentherapie verspreid over een jaar. Hierbij worden ook de eerste twintig behandelingen met deze gesuperviseerde oefentherapie ten laste van de Zvw vergoed. De aanspraak op fysio- of oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden stadium 3 Fontaine (ischemische rustpijn) blijft per 1 januari 2017 ongewijzigd.

2.2 Uitbreidingen in de aanspraak op plastische chirurgie

Aanleiding

De aanspraak op plastische chirurgie in het basispakket is beperkt. Dit komt omdat in het verleden in veel gevallen geen onderscheid werd gemaakt tussen ingrepen die wel en ingrepen die niet medisch noodzakelijk waren. Een groot deel van de plastisch-chirurgische ingrepen was niet medisch noodzakelijk maar cosmetisch en werd toch als medisch noodzakelijk gedeclareerd. Kortom, er werd niet de hand gehouden aan de geldende indicatiecriteria. Daarom is, nog in de periode van de Ziekenfondswet, de vergoeding van plastische chirurgie zoveel mogelijk beperkt tot ingrepen die uitsluitend medisch noodzakelijk zijn. Ingrepen die soms wel maar vaak niet medisch noodzakelijk zijn, waren uit het verzekerde pakket van de Ziekenfondswet verwijderd om te voorkomen dat ze toch als medisch noodzakelijk gedeclareerd zouden worden. Ditzelfde gold bij de uitsluiting van de aanspraak op vergoeding van circumcisie. Bij de invoering van de Zvw per 1 januari 2006 zijn deze pakketbeperkingen ongewijzigd in het uit hoofde van de Zvw te verzekeren basispakket overgenomen.

In het kader van het Hoofdlijnenakkoord is met de medisch specialisten afgesproken dat zij meer aandacht gaan besteden aan gepast gebruik en dus beter gaan letten op welke ingrepen wel en welk niet medisch noodzakelijk zijn. Als de beroepsgroepen op een zorgvuldige wijze invulling geven aan gepast gebruik, wordt bereikt dat uitsluitend behandelingen die echt medisch noodzakelijk zijn ten laste van de zorgverzekering worden gedeclareerd. Met het oog op gepast gebruik heeft de Minister de plastisch chirurgen opgeroepen om met voorstellen te komen voor plastisch-chirurgische ingrepen

die in het basispakket zouden kunnen worden opgenomen. Voorwaarde is dat uitsluitend medisch noodzakelijke zorg van plastisch-chirurgische aard gedeclareerd kan worden.

In reactie op de oproep van de Minister hebben een aantal wetenschappelijke verenigingen en Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) zich gebogen over de vraag welke ingrepen zowel inhoudelijk goed zijn af te bakenen, als verzekeringstechnisch zodanig uitvoerbaar zijn dat opname in het basispakket mogelijk is. Betrokken partijen hebben in het najaar van 2015 aangegeven dat zij van mening zijn dat de volgende ingrepen zich mogelijk lenen voor pakketopname, namelijk borstvergroting bij agenese of aplasie van de borst, met inbegrip van de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen, ooglidcorrectie bij ernstige en objectiveerbare gezichtsveldbeperking, en circumcisie om medische redenen.

De Minister heeft het ZIN op 5 november 2015 gevraagd te adviseren over de mogelijke opname van deze genoemde ingrepen in het basispakket en daarbij aan te geven wat hiervan de budgettaire gevolgen zijn. In reactie op dit verzoek van de Minister heeft het op 31 maart 2016 geadviseerd om per 1 januari 2017 aan het basispakket toe te voegen:

- het operatief plaatsen van een borstprothese bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (mensen die als man zijn geboren, maar zich vrouw voelen, ook wel "man-vrouw transgenders" genoemd);
- het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie indien sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verworven verslapping of verlamming van de bovenoogleden;
- het uitvoeren van een medisch noodzakelijke circumcisie.

Pakketuitbreiding per 1 januari 2017

Gelet op het positieve advies van het ZIN en het commitment van beroepsgroepen en ZN voor een correcte uitvoering van deze pakketverruimingen (zie onder "gepast gebruik / medisch noodzakelijkheid"), worden bovengenoemde ingrepen per 1 januari 2017 aan het basispakket toegevoegd. Met artikel I, onderdeel A, is het Bzv hiertoe aangepast voor wat betreft de bovenooglidcorrecties.
Het operatief plaatsen van een borstprothese bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen, alsmede het uitvoeren van medisch noodzakelijke circumcisies, zijn uitgesloten van de aanspraak op geneeskundige zorg in artikel 2.1. van de Regeling zorgverzekering (hierna: Rzv). Deze uitzonderingen zullen komen te vervallen of worden gewijzigd via een wijziging van de Rzv.

Gepast gebruik / medisch noodzakelijkheid

In zijn advies heeft het ZIN ook aandacht besteed aan de vraag of er een risico is op uitbreiding van de indicatie naar niet-medisch noodzakelijke indicaties. De reden voor de pakketuitsluitingen van deze behandelingen was in 2004 immers dat behandelingen vaak als medisch noodzakelijke ingreep werden gedeclareerd, terwijl het eigenlijk ging om ingrepen vanuit cosmetisch respectievelijk religieus/cultureel oogpunt. Het zou kunnen zijn dat een dergelijke oprekking van indicaties (op termijn) weer gaat plaatsvinden. Het risico op onbedoelde uitbreiding van de indicaties voor deze ingrepen is echter laag,

omdat tussen de relevante wetenschappelijke verenigingen en ZN overeenstemming bestaat over duidelijk afgebakende en nauw omschreven medische indicaties.

Bij de indicatie ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verworven verslapping of verlamming van het bovenooglid is (in maat en getal) gedefinieerd en daarmee afbakenbaar ten opzichte van ander indicaties. Over deze medische indicatie zijn de NVPC, het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) en ZN het eens en zij zijn van oordeel dat deze indicatie een objectieve afgrenzingsmogelijkheid vormt. De zorgverzekeraars hanteren voor bovenooglidcorrecties een machtigingensysteem. Dit systeem biedt waarborgen voor adequate controle vooraf.

Het gaat bij de uitbreidingen van bovenooglidcorrecties om nauw omschreven indicaties die controleerbaar zijn door zorgverzekeraars. Zorgaanbieders moeten echter ook hun verantwoordelijkheid nemen en eraan meewerken dat uitsluitend de medisch noodzakelijke behandelingen ten laste van de basisverzekering worden gedeclareerd. De wetenschappelijke vereniging van de betrokken beroepsgroep, te weten de oogartsen, onderschrijven dit en heeft toegezegd zich hiervoor binnen de beroepsgroep en ook bij de verzekerden sterk te zullen maken.

2.3. Fronttandvervanging

Verzekerden tot achttien jaar hebben in het kader van mondzorg recht op fronttandvervanging met implantaten onder in het Bzv geformuleerde voorwaarden. Dit recht bestaat wanneer blijvende snij- en/of hoektanden niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. Dit recht is omschreven in artikel 2.7, vierde lid, onderdeel l, van het Bzv. In de praktijk blijkt dat verzekerden eigenlijk geen gebruik kunnen maken van dit recht vanwege het feit dat de kaak voor het achttiende levensjaar nog niet volgroeid is en daarmee ongeschikt is voor het plaatsen van implantaten ter vervanging van gebitselementen. Wanneer de behandeling na het bereiken van het achttiende levensjaar wordt uitgevoerd heeft de verzekerde geen recht meer op fronttandvervanging met implantaten ten laste van de basisverzekering en komt een eventuele behandeling voor eigen rekening. Het ZIN heeft dan ook geadviseerd om de regelgeving aan te passen. Om de huidige aanspraak een effectieve aanspraak te laten zijn wordt ervoor gekozen om verzekerden, indien een snij- of hoektand niet is aangelegd of voor het achttiende levensjaar geheel verloren is gegaan als gevolg van een ongeval, tot hun drieëntwintigste levensjaar recht te laten hebben op deze (uitgestelde) behandeling.

2.4 Implantaatgedragen gebitsprothesen

In zijn rapport Implantaatgedragen gebitsprothesen van 30 juni 2014 heeft het ZIN erop gewezen dat het in de uitvoeringspraktijk incidenteel voorkomt dat een verzekerde die voor eigen rekening implantaten heeft laten plaatsen, omdat hij niet voldeed aan de daarvoor in de zorgverzekering geldende indicatiecriteria, om vergoeding van de daarop te plaatsen gebitsprothese ten laste van de basisverzekering vraagt. Op grond van de huidige regelgeving komt een verzekerde in een dergelijke situatie niet in aanmerking voor een op die implantaten te plaatsen gebitsprothese voor rekening van de zorgverzekering. Het ZIN acht deze situatie onwenselijk omdat van deze regelgeving een prikkel kan uitgaan om te proberen de (kostbare) implantologische behandeling onder de zorgverzekering te laten vallen. Dit kan leiden tot onterechte indicaties voor

tandheelkundige implantaten en daarmee tot een oneigenlijk beroep op bijzondere tandheelkunde. Om deze prikkel voor onterechte indicaties voor implantaten tegen te gaan heeft het ZIN voorgesteld om in de bijzondere tandheelkunde alleen het recht op implantaten te regelen en daarbij scherpe indicatiecriteria te hanteren. De implantaatgedragen prothesen worden, net als de normale prothese, geregeld in het vijfde lid, onder b, van artikel 2.7 van het Bzv. In de brief van de Minister van VWS van 15 juni 2015 (Kamerstukken II 2014/15, 32 805, nr. 41) is medegedeeld dat dit voorstel per 1 januari 2017 zal worden ingevoerd.

2.5 Verruiming mogelijke vrijstelling eigen risico bij aangewezen dieetpreparaten en gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgprogramma's

Om de kosten van zorg omlaag te brengen en doelmatig gebruik te stimuleren, kunnen zorgverzekeraars ervoor kiezen bepaalde zorg en diensten niet ten laste te brengen van het eigen risico. De grondslag hiervoor is artikel 2.17, tweede lid, van het Bzv. De Hoge Raad heeft echter in een arrest van 6 november 2015[2] geoordeeld dat de huidige regelgeving geen ruimte biedt voor het vrijstellen van eigen risico ten aanzien van door de zorgverzekeraar aangewezen dieetpreparaten. Dit komt omdat artikel 2.17, tweede lid, onderdeel c, van het Bzv een limitatieve opsomming betreft ("geneesmiddel en hulpmiddel") waar dieetpreparaten niet onder vallen. Gezien deze limitatieve opsomming vallen dieetpreparaten volgens de Hoge Raad onder geen van de onder artikel 2.17, tweede lid, van het Bzv genoemde gevallen, zodat kan worden aangenomen dat ook niet kan worden geredeneerd dat de dieetpreparaten zijn aan te merken als zorg geleverd door een door de zorgverzekeraar "aangewezen zorgaanbieder" (artikel 2.17, tweede lid, onderdeel a, van het Bzv.

Uit dit arrest kan tevens de logische conclusie worden getrokken dat de gevallen waarin het vrijstellen van eigen risico voor bepaalde door de zorgverzekeraar aangewezen programma's die gericht zijn op gezondheidsbevordering of preventie limitatief bedoeld zijn. In artikel 2.17, tweede lid, onderdeel b, van het Bzv wordt een aantal programma's expliciet genoemd, waardoor overige, niet genoemde programma's buiten de reikwijdte van de gehele bepaling vallen. Hierdoor is nu alleen vrijstelling van eigen risico mogelijk voor programma's met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken. Ten aanzien van alle andere programma's, bijvoorbeeld met betrekking tot dementie of incontinentie, biedt de regelgeving de zorgverzekeraar niet de sturingsmogelijkheid om zorg aan te wijzen teneinde de kosten buiten het verplicht eigen risico te laten vallen.
Dat de kosten voor dergelijke programma's en dieetpreparaten niet buiten het eigen risico geplaatst kunnen worden, is een onwenselijke situatie. Zorgverzekeraars moeten het sturingselement van het eigen risico breed kunnen inzetten om zo doelmatiger zorg in te kopen. Artikel 2.17 van het Bzv wordt daarom zo aangepast dat het vrijstellen van eigen risico ten aanzien van door de zorgverzekeraar aangewezen dieetpreparaten of andere dan in artikel 2.17, tweede lid, onderdeel b, van het Bzv genoemde programma's mogelijk wordt. Het voordeel voor de verzekerde is dat hij er in de meeste gevallen financieel op vooruit zal gaan. Hij betaalt immers geen eigen risico. Van dit voordeel kunnen verzekerden nu geen gebruik maken. Dit voordeel voor de verzekerde vind ik dan ook zwaarder wegen dan de door enkele partijen genoemde nadelen (zie hieronder onder "3. Consultatie"), met name omdat de keuze voor een niet aangewezen dieetpreparaat,

[2] HR 6 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3241.

waarvan de kosten wel ten laste komen van het eigen risico, blijft bestaan. Dit neemt niet weg dat zorgverzekeraars bij de uitvoering (bijvoorbeeld via preferentiebeleid) rekening zullen moeten houden met het arrest van de Hoge Raad, waarin is benadrukt dat zorgverzekeraars hun verzekerden in elk geval een voldoende ruime keuze aan dieetpreparaten moeten bieden aangezien dieetpreparaten niet onderling uitwisselbaar zijn.

3. Consultatie

Het ZIN heeft bij de voorbereiding van zijn advisering over bovenooglidcorrecties onder meer de betrokken wetenschappelijke verenigingen, ZN en de Patiëntenfederatie NPCF geconsulteerd. Hun opmerkingen hebben niet geleid tot wezenlijke inhoudelijke aanpassingen van het advies en deze partijen kunnen zich in het advies vinden. Zie ook paragraaf 2.2. onder "gepast gebruik/medische noodzakelijkheid".

Het voorstel omtrent fronttandvervanging is bij de volgende partijen in consultatie gegeven: de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), het College Adviserend Tandartsen (CAT), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (KNMT), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugdtanddzorg (NVIJ), de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) en ZN. Het voorstel kan op instemming van alle betrokken partijen rekenen. De KNMT heeft een leeftijdsgrens van 25 jaar gesuggereerd. Er is voor gekozen om geen gevolg te geven aan deze suggestie, nu in het verleden jongeren tot 23 jaar aanspraak konden maken op jeugdtandverzorging en zich toen geen noemenswaardige problemen hebben voorgedaan ten aanzien van de leeftijdsgrens voor wat betreft fronttandvervanging.

Het voornemen tot verruiming van de mogelijkheden tot vrijstelling van eigen risico is voorgelegd aan diverse partijen. ZN ondersteunt de wijziging, mits de keuze om hiertoe over te gaan aan de individuele zorgverzekeraar is. De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Stuurgroep ondervoeding, Nutricia, Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN) en Platform Patiënt en Voeding hebben hierbij hun bedenkingen. Zij geven aan dat de keuze van een dieetpreparaat zeer subjectief is. Deze is gebaseerd op voorkeuren van smaak, consistentie en noodzakelijke nutriënten voor de patiënt. Een financiële prikkel kan leiden tot verminderde therapietrouw en mislukken van de behandeling van de ernstig zieke patiënt, omdat de patiënt financiële overwegingen zwaarder zal laten wegen dan zijn subjectieve voorkeur bij de keuze voor een dieetpreparaat. Zij verwijzen verder nagenoeg allemaal naar bovengenoemd arrest van de Hoge Raad waarin zij de rationale van hun standpunt bevestigd zien. Huisartsen hebben geen reactie gegeven. Zoals hierboven al aangegeven wegen de genoemde nadelen niet op tegen de voordelen die verruiming van de mogelijkheden tot vrijstelling van eigen risico met zich meebrengt. Daarbij is ook van belang dat de keuze voor een niet aangewezen dieetpreparaat, waarvan de kosten wel ten laste komen van het eigen risico, blijft bestaan.

4. Financiële gevolgen

Dit besluit heeft financiële gevolgen voor de uitgaven onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ). De financiële gevolgen van de pakketwijzigingen zijn als volgt.

De wijziging in de prestatie plastische chirurgie voor zover het de bovenooglidcorrecties betreft zal volgens een inschatting van het ZIN jaarlijks maximaal ongeveer € 9,6 miljoen. Het opnemen van ten hoogste 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie in de basisverzekering, waarbij ook de eerste twintig behandelingen worden vergoed, gaat gepaard met jaarlijks circa € 19,9 miljoen netto meerkosten van fysio- en oefentherapie. Daarnaast is er naar inschatting sprake van minder kosten van circa € 41,5 miljoen euro voor de mogelijke afname van het aantal invasieve behandelingen. Per saldo resulteert dit volgens raming van het ZIN in een gewenst (substitutie-effect) op van ongeveer € 21,5 miljoen op jaarbasis.
Bij de verruiming van de aanspraak op fronttandvervanging gaat het jaarlijks om ongeveer 400 verzekerden die een beroep doen op de fronttandvervanging met implantaten. De behandeling kost gemiddeld € 3.400. Op jaarbasis gaat het om een bedrag van € 1,36 miljoen.

5. Gevolgen voor regeldruk

De maatregelen in dit besluit hebben geen regeldrukeffecten voor burgers, bedrijven/instellingen of professionals. Zorgaanbieders maken ook nu al afspraken over de te leveren zorg, wisselen gegevens uit over de zorgconsumptie van de cliënten en brengen de kosten van zorg in rekening. Voor de zorgverzekeraar en cliënten sluit het aan bij reguliere informatiestromen zoals deze nu al zijn georganiseerd tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Geneeskundige zorg bevat onder meer behandelingen van plastisch-chirurgisch aard. In artikel 2.4, eerste lid, onderdeel b, van het Bzv wordt aangegeven in welke gevallen plastische chirurgie onder het te verzekeren basispakket valt. Met onderdeel A wordt het eerste lid, onderdeel b, van artikel 2.4 Bzv zo gewijzigd, dat vanaf 1 januari 2017 ook onder de aanspraak geneeskundige zorg de behandeling van de verlamde of verslapte bovenoogleden valt indien die nodig is door een verworven ernstige gezichtsveldbeperking.

Het huidige Bzv regelt reeds een aanspraak op plastische chirurgie indien die strekt ter correctie van verlamde of verslapt bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. De prestatie wordt uitgebreid door in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel b, onder 3°, van het Bzv te bepalen dat ook de correctie van de bovenoogleden die nodig is door een verworven ernstige gezichtsveldbeperking onder de dekking vallen. In het advies van het ZIN wordt aangegeven welke uitgangspunten gelden bij het bepalen of er sprake is van een "ernstige" gezichtsveldbeperking.[3]

Onderdelen B en G

[3] Advies uitbreiding basispakket Zvw met enkele behandelingen van plastisch-chirurgische aard en medisch noodzakelijke circumcisie, Zorginstituut Nederland, 31 maart 2016, p. 25.

In artikel 2.6 van het Bzv is een nieuw lid ingevoegd waarmee de eerste zevenendertig behandelingen fysiotherapie bij perifeer arterieel vaatlijden onder de dekking van het te verzekeren basispakket worden gebracht, voor zover het gaat om de behandeling bij claudicatio intermittens (stadium 2 Fontaine). Bijlage 1 van het Bzv is hierop aangepast. Er is nadrukkelijk voor gekozen om de behandeling bij claudicatio intermittens niet nader te regelen op bijlage 1. Hoewel de behandeling inhoudelijk nog steeds op de lijst met chronische aandoeningen van bijlage 1 zou passen, wordt bij de behandeling bij claudicatio intermittens voor wat betreft de voorwaarden afgeweken van de voorwaarden bij de andere aandoeningen op die lijst. Het zou de leesbaarheid en de kenbaarheid niet ten goede komen als deze wijzigingen binnen bijlage 1 zouden worden doorgevoerd, mede met het oog op het advies van het ZIN in het najaar van 2016 over de wijze waarop de gehele aanspraak op fysio- en oefentherapie het best kan worden vormgegeven. Dit bredere advies kan mogelijk gevolgen hebben voor bijlage 1 van het Bzv. Doorvoering van eventuele aanbevelingen om de aanspraak te wijzigen kan op zijn vroegst per 1 januari 2018 plaatsvinden. De regering acht de substitutiewinst die kan worden bereikt met gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens zo belangrijk dat deze beperkte wijziging al per 1 januari 2017 wordt geëffectueerd.

De aanspraak op fysio- of oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden stadium 3 Fontaine (ischemische rustpijn) blijft per 1 januari 2017 ongewijzigd en blijft dus ook onder de huidige voorwaarden genoemd op de lijst met chronische aandoeningen van bijlage 1 bij het Bzv.

Onderdelen C en E

Artikel 2.7 van het Bzv is zo gewijzigd dat de prestatie "frondtandvervanging", zoals die was geregeld voor verzekerden jonger dan achttien jaar, nu doorloopt tot drieëntwintig jaar indien een snij- of hoektand in het geheel niet is aangelegd of voor het achttiende levensjaar geheel verloren is gegaan als rechtstreeks gevolg van een ongeval. Vanwege het wijzigen van deze voorwaarden is ervoor gekozen om de omschrijving van de prestatie te laten vervallen in het vierde lid (dat gaat over mondzorg voor verzekerden tot achttien jaar) en een apart zesde lid toe te voegen aan artikel 2.7 van het Bzv.
Artikel 2.16a van het Bzv is ook aangepast, zodat de eigen bijdrage blijft gelden (onderdeel E). Het gaat daarbij om een technische wijziging.

Het recht op gebitsprothesen te plaatsen op implantaten wordt geregeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Bzv, waar ook het recht op een conventionele prothese is geregeld. Tot op heden werd verondersteld dat het recht op het plaatsen van gebitsprothesen onder het tweede lid van artikel 2.7 Bzv valt en dus wordt verondersteld deel uit te maken van de aanspraak op aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur in de in dat lid bepaalde gevallen. Met de wijziging van het vijfde lid, onderdeel b, van artikel 2.7 van het Bzv is echter duidelijk dat het recht op plaatsing van de gebitsprothesen niet langer volgt uit het tweede lid.

Onderdeel D

Met dit onderdeel wordt een verkeerde verwijzing naar de Geneesmiddelenwet hersteld.

Onderdeel F

In artikel 2.17, tweede lid, van het Bzv wordt geregeld dat het eigen risico niet geldt indien de verzekeraar bepaalde vormen van zorg of zorg van bepaalde zorgaanbieders aanwijst. Deze mogelijkheden worden verruimd door middel van aanpassingen van de onderdelen b en c van artikel 2.17, tweede lid, van het Bzv. In onderdeel b worden hierdoor niet langer limitatief enkele zorgprogramma's genoemd, maar wordt meer in het algemeen bepaald dat uitsluiting van toepassing van het eigen risico kan plaatsvinden bij in de Rzv genoemde programma's die zijn gericht op gezondheidsbevordering of preventie, voor zover die door de zorgverzekeraar zijn aangewezen. In de Rvz worden in ieder geval de programma's genoemd die samenhangen met de enkele chronische aandoeningen, zoals die waren opgenomen in artikel 2.17, tweede lid, onder b, van het Bzv. Het gaat daarbij om diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken. In aanvulling daarop kunnen in de toekomst ook andere programma's onder de reikwijdte van artikel 2.17, tweede lid, onder b, van het Bzv worden gebracht.
In onderdeel c wordt de aanduiding "geneesmiddel" vervangen door "farmaceutische zorg", zodat het zowel om geneesmiddelen als om dieetpreparaten kan gaan. Farmaceutische zorg omvat volgens artikel 2.8 van het Bzv immers niet alleen geneesmiddelen maar ook polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Artikel II

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2017.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport